

Coordenador: Fausto Miranda Jr.

# Dor toracolombar e aneurisma da aorta abdominal infra-renal

*Lumbar pain and infrarenal abdominal aortic aneurysm*

Telmo P. Bonamigo<sup>1</sup>, Nilon Erling Jr.<sup>2</sup>, Marcela Salles<sup>3</sup>

### Parte II – O que foi feito?

Pensando na hipótese de expansão e/ou ruptura contida de um aneurisma toracoabdominal, foi solicitada uma TC da aorta torácica, que confirmou a suspeita clínica (Figura 4).

Já tendo diagnóstico confirmado e estando hemodinamicamente estável, a paciente foi internada em leito da unidade de terapia intensiva (UTI), recebendo preparos para operação de grande porte. Para proteção medular, foi colocado cateter intradural para drenagem líquórica e cateter de Swan-Ganz para melhor avaliação hemodinâmica.

O acesso cirúrgico foi através de uma tóraco-frenolaparotomia. Os pinçamentos arteriais foram na aorta torácica descendente no 1/3 médio e nas ilíacas comuns. Foi feita derivação temporária do átrio esquerdo para artéria femoral esquerda com *bio pump*. Foram realizados aneurisмотomia longitudinal (Figura 5), infusão de soro fisiológico gelado nas artérias viscerais e posterior implante proximal por inclusão de prótese reta de Dacron<sup>®</sup> de 26 mm. O reimplante do tronco

celíaco e das artérias mesentérica superior e renal direita foi feito na face lateral do enxerto, com uma sutura contínua com 48 minutos de pinçamento. A artéria renal esquerda foi reimplantada isoladamente com 60 minutos de isquemia. O tubo reto de Dacron<sup>®</sup> foi anastomosado a um enxerto bifurcado de Dacron<sup>®</sup> 16 x 8 mm, permitindo a anastomose do ramo esquerdo na artéria femoral comum, e do ramo direito na artéria ilíaca externa (Figura 6). O procedimento teve duração de 330 minutos. A perda sanguínea foi de 2.200 ml, sendo repostos 1.200 ml de sangue recuperado e processado por *cell saver*, além de quatro unidades de concen-

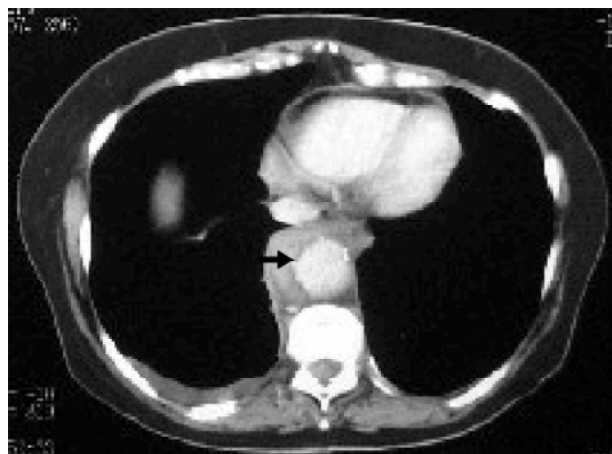


Figura 4 - Tomografia de tórax evidenciando aorta com hematoma contido à direita (seta).

1. Professor adjunto de Cirurgia Vascular, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA). Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, RS.

2. Residente de Cirurgia Vascular, FFFCMPA, Porto Alegre, RS.

3. Cirurgiã cardiovascular, Serviço de Cirurgia Cardíaca, Hospital São Francisco, Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, RS.

Artigo submetido em 05.11.04, aceito em 19.11.04.



**Figura 5** - Foto intra-operatória da aortotomia torácica evidenciando ruptura póstero-lateral com hematoma (seta).



**Figura 6** - Detalhe cirúrgico do enxerto reto de Dacron® implantado na aorta torácica (seta preta); o local do implante dos vasos viscerais (seta branca); e a anastomose com enxerto bifurcado (ponta de seta) que permitiu implante distal nas artérias ilíaca direita e femoral esquerda.

trado de hemácias e duas unidades de plasma. Foi colocado dreno de tórax à esquerda e dreno de aspiração fechado no flanco esquerdo.

A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sendo extubada nas primeiras 24 horas. No exame neurológico no segundo dia de pós-operatório, apresentava discreta diminuição de força proximal em membro inferior direito. Foi mantido o cateter intradural com drenagem líquórica de 600, 560, 200, 50 ml/dia até o quarto dia de pós-operatório. A paciente apresentou melhora progressiva do déficit neurológico, deambulando no quinto dia de pós-operatório e tendo alta da UTI. A Tabela 1 mostra a evolução do volume de

líquido drenado durante a permanência da paciente na UTI. Nota-se que a paciente sempre manteve bom volume urinário, apesar de elevação transitória no nível de creatinina sérica para 2,1 mg/dl no segundo dia de pós-operatório. No sétimo dia, o nível voltou a 1 mg/dl.

A paciente teve alta no 10º dia de pós-operatório sem intercorrências.

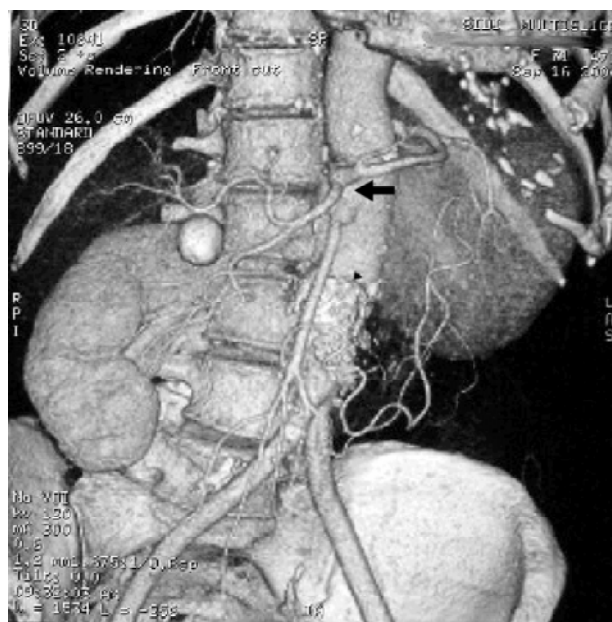
O controle com angiorressonância magnética (Figuras 7 e 8) demonstra a reconstituição anatômica visceral e da aorta terminal com a combinação de um enxerto reto (proximal) e um bifurcado (distal). A artéria renal E, apesar do reimplante, não se encontra permeável.

**Tabela 1** - Volume (em ml) de drenagem no pós-operatório (PO)

	1º PO	2º PO	3º PO	4º PO	5º PO
Volume urinário	1.570	1.050	1.400	2.550	2.950
Drenagem pleural E	192	174	127	149	20
Drenagem líquórica	600	560	200	50	-
Drenagem flanco E	170	-	-	-	-



**Figura 7** - Angiotomografia pós-operatória mostrando a anastomose proximal (seta) na aorta torácica.



**Figura 8** - Angiotomografia computadorizada pós-operatória mostrando a restauração visceral no enxerto reto e a anastomose com o enxerto bifurcado.

## Conclusão

Este caso demonstra a necessidade de o cirurgião vascular sempre pensar em algo além do que lhe é apresentado em primeira instância, quando em consultoria da especialidade.

Nesse caso, a dor toracolombar, por suas características, alertava para a falta de relação com o AAA infra-renal. O cirurgião vascular concluiu que seria necessário diagnosticar a causa da dor, independentemente da presença do AAA infra-renal. Com a tomografia torácica, ficou demonstrada a ruptura contida da porção da aorta descendente, o que permitiu o tratamento correto, qual seja, a correção simultânea do aneurisma toracoabdominal e infra-renal.

Se essa paciente recebesse tratamento do AAA infra-renal isolado, a ruptura contida da aorta torácica, caso persistisse, determinaria a manutenção dos sintomas ou a expansão do sangramento, exigindo

uma correção cirúrgica de urgência ainda mais complexa; caso contrário, a paciente evoluiria para o óbito.

A paciente apresentou déficit neurológico que poderia ter sido definitivo se não houvesse drenagem líquórica, razão pela qual deve ser enfatizado seu uso. Da mesma forma, a utilização da proteção global oferecida pelo *bio pump* também constitui um avanço que não pode ser dispensado nesse procedimento.

A paciente tem seguimento clínico de seis meses e encontra-se assintomática, caminhando normalmente, com função renal normal.

Esse caso clínico preenche as duas condições causadoras dos “desafios”: diagnóstico e terapêutico. O objetivo do relato foi alertar para a possibilidade de uma experiência maior no contexto diagnóstico e para a importância de detalhes que são responsáveis por resultados ordenados frente a “desafios” terapêuticos.